

年 月 日

木更津市保険年金課 宛

申請者 住 所 _____
 氏 名 _____
 電話番号 () _____
 被保険者との関係 _____

後期高齢者医療関係書類送付先変更届出書

後期高齢者医療関係書類について、下記の事由により住民登録地での受取りが困難であるため、送付先を変更するよう届け出ます。

なお、この送付先変更に関する事項は、被保険者（又はその関係者）並びに送付先に説明済みであり、生じた問題に対する責任は、申請者である私が負うことに同意します。

①送付先を変更する被保険者

被保険者番号								
住 所	木更津市							
氏名	フリガナ			生年 月日	年	月	日	
送付先変更の理由	該当する理由に <input checked="" type="checkbox"/> を付けてください。 <input type="checkbox"/> 本人が書類の管理が困難なため。 <input type="checkbox"/> 本人が施設に入所したため。 <input type="checkbox"/> 本人が送付先住所に滞在しているため。 <input type="checkbox"/> その他 ()							
変更を希望する書類	<input type="checkbox"/> 保険証関係書類 <input type="checkbox"/> 給付関係書類 <input type="checkbox"/> 保険料関係書類							
変更期間	<input type="checkbox"/> 期限なし <input type="checkbox"/> 期限あり (年 月 日 ~ 年 月 日) <input type="checkbox"/> 今回のみ <small>※期限ありの場合、期限後は住民登録地に送付されますのでご注意ください。</small>							

②変更後の送付先 ※申請者と同じ場合は記入不要

住 所	〒 _____
	都・道・府・県 _____ 市・区・町・村 _____ (_____ 様方) ←送付先宛名と表札が異なる場合は、必ず記入してください。
電話番号	() _____
被保険者との関係	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 親族(続柄: _____) <input type="checkbox"/> 成年後見人等 <input type="checkbox"/> その他(_____)